

1-Quelles sont les complications de la phase aiguë de l'infarctus ?

- Complications mécaniques :
 - Choc cardiogénique : étroitement corrélé à l'étendue de la nécrose
 - Insuffisance mitrale aiguë
 - Rupture septale
 - Rupture de parois libres du cœur
 - Péricardite précoce (souvent bénigne)
- Troubles du rythme ventriculaire
 - Extra-systoles ventriculaires
 - Tachycardie ventriculaire
 - Rythme idio-ventriculaire accéléré
 - Fibrillation ventriculaire
- Trouble du rythme auriculaire surtout en cas de péricardite ou d'infarctus auriculaire
- Complications thrombo-emboliques

2-Quelles sont les complications tardives de l'infarctus du myocarde ?

- Anévrisme ventriculaire gauche
- Insuffisance cardiaque chronique
- Péricardite secondaire (syndrome de Dressler)
- Troubles du rythme ventriculaire
- Neuro-algodystrophie : syndrome Epaule-Main

3-Quels sont les facteurs de gravité des extrasystoles ventriculaires (ESV) ?

- Les ESV sont menaçantes si elles sont :
 - Nombreuses
 - Polymorphes
 - En salves
 - Avec aspect R sur T (proche de l'onde T)

4-Quelle est la tolérance des RIVA ?

Quelle est la conduite à tenir en cas de RIVA mal tolérés ?

- Les troubles du rythme à type de rythme idioventriculaires accélérés sont bien tolérés en général
- S'ils sont mal tolérés, il faut accélérer la fréquence cardiaque : par exemple atropine 0,5 ou 1 mg par voie intraveineuse.

5-Le RIVA a-t-il une signification pronostique péjorative ?

- Non, il s'agit même d'un des signes du syndrome de revascularisation.

6-Quel est le siège et la cause des troubles conductifs en fonction du siège de l'IDM ?

- Au cours des nécroses inférieures :
 - Installation progressive bien tolérée avec échappement haut situé et avec QRS fin.
 - Souvent de mécanisme vagal (Bloc nodal)
- Au cours des nécroses antérieures :
 - Installation brutale, avec échappement bas situé et QRS large
 - Mauvaise tolérance
 - Bloc infranodal par lésion des branches du faisceau de HIS
 - Les troubles de conduction sont souvent définitifs.

7-Quel est le traitement d'un bloc de conduction ?

- En cas de nécrose inférieure :
 - Le plus souvent le mécanisme est vagal :
Atropine: 0,5 à 1 mg intraveineux
 - Si la réponse n'est pas suffisante, on peut proposer un entraînement électrosystolique temporaire
- En cas de nécrose antérieure :
 - En raison de la gravité des blocs, il faut mettre en place une sonde d'entraînement électrosystolique de manière préventive si :
 - ⇒ Alternance bloc de branche gauche et bloc de branche droit
 - ⇒ Association bloc de branche droit et hémibloc gauche
 - ⇒ Bloc de branche gauche complet
- En cas de bloc de conduction constitué, mal toléré,
 - Il faut accélérer la fréquence cardiaque :
 - ⇒ Isoprénaline - ISUPREL 5 ampoules à 0,2 mg dans 250 ml de G5 (débit de perfusion à adapter à la fréquence cardiaque)
 - Puis mise en place d'une sonde d'entraînement électrosystolique.

8-Quels sont les mécanismes de l'insuffisance mitrale aiguë ?

- L'insuffisance mitrale aiguë est liée à :
 - Une rupture ou un dysfonctionnement de pilier
 - Pilier postérieur en cas d'infarctus du myocarde inférieur
 - Pilier antérolatéral dans les infarctus du myocarde antérieur

9-Quel est le tableau clinique de l'insuffisance mitrale aiguë ?

- Apparition d'un souffle holosystolique de pointe, irradiant dans l'aisselle
- Apparition de signes de défaillance ventriculaire gauche avec œdème aigu du poumon massif

10-Que doit évoquer, au cours d'un infarctus, l'association d'une défaillance ventriculaire gauche avec un souffle holosystolique en rayon de roue ?

- Rupture septale (communication inter-ventriculaire aiguë avec shunt gauche-droite)

11-Quels examens permettent le diagnostic de rupture septale ?

- Echographie en mode bidimensionnel avec épreuve de contraste : visualise la rupture
- Le cathétérisme droit objective l'enrichissement en oxygène du ventricule droit et quantifie le shunt droite-gauche

12-Quel est le tableau clinique de la rupture de paroi libre du ventriculaire ?

- Syndrome de fissuration : douleur, état de choc et sur le plan électrique, réapparition d'un courant de lésion sous épigardique
- En l'absence de traitement approprié, apparition d'une dissociation électromécanique et décès

13-Quel est le traitement de la péricardite à la phase aiguë de l'infarctus ?

- Elle est le plus souvent bien tolérée et transitoire
- Diminution des doses d'héparine (demi-dose) et Anti-inflammatoire non stéroïdien : Aspirine 2 à 3 g par jour

14-Quelle est la classification pronostique au cours de l'IDM ?

Quelle est la mortalité au cours de la phase aiguë en fonction du stade ?

- Classification de Killip
 - Stade I : Absence de râles pulmonaires et de galop proto diastolique (B3)
 - Stade II : Présence d'un galop proto diastolique (B3) ou de râles crépitants jusqu'à mi-champs pulmonaires ou en-dessous
 - Stade III : Râles crépitants remontant au-delà de la moitié des champs pulmonaires
 - Stade IV : Choc cardiogénique
- Mortalité à la phase aiguë de l'IDM
 - Stade I : 8 %
 - Stade II : 30 %
 - Stade III : 45 %
 - Stade IV : 80 %

15-Quel est le tableau hémodynamique du choc cardiogénique (en dehors de l'adiastolie et de l'embolie pulmonaire ?

- Pression veineuse centrale : augmentée
- Pression artérielle systémique : effondrée
- Pression artérielle pulmonaire : très augmentée
- Pression capillaire pulmonaire : très augmentée (en parallèle à la pression artérielle pulmonaire)
- Débit cardiaque : effondré

16-Quels sont les 4 stades hémodynamiques au cours de l'IDM ?

- Stade I : Absence d'insuffisance ventriculaire gauche
 - Pression capillaire pulmonaire (P.cap) < 18 mm Hg
 - Index cardiaque > 2,2 litres / minutes / mètres carrés
- Stade II : Œdème aigu du poumon sans hypoperfusion périphérique
 - Pcap. > 18 mm Hg IC > 2,2 litres /min/m²
- Stade III : Hypoperfusion périphérique sans œdème aigu du poumon
 - Pcap. < 18 mm Hg IC < 2,2 litres/min/m²
- Stade IV : Choc cardiogénique
 - Pcap. > 18 mm Hg IC < 2,2 litres/min/m²

17- Quel est le traitement d'une défaillance ventriculaire au cours d'un infarctus du myocarde ?

- Hospitalisation en unité de soins intensifs
- Urgence médicale et pronostic vital engagé
- Voie veineuse périphérique
- Voie veineuse centrale de type Swann Ganz
- Oxygénothérapie nasale à fort débit + libération des voies aériennes
- Monitoring cardio tensionnel
- Sondage urinaire en cas de troubles de la conscience
- Traitement symptomatique :
 - En fonction de la gravité et de la réponse au traitement
 - Devant un simple œdème aigu du poumon : traitement diurétique (Par exemple furosémide - LASILIX) et par dérivé nitré (Lénital par voie intraveineuse)
 - A posologie adaptée à la clinique et à la TA
- En cas de choc cardiogénique
 - Intubation et ventilation mécanique
 - Drogues inotropes positives à posologie adaptée à la clinique et aux données hémodynamiques (Dopamine Dobutamine)
- En cas d'inefficacité on utilisera les mesures d'assistance mécaniques : Ballonnet de contre pulsion intra-aortique
- Enfin au maximum on proposera une transplantation cardiaque en super urgence
- Traitement étiologique :
 - Traitement de l'infarctus du myocarde
 - Traitement chirurgical d'une complication mécanique après restauration de l'équilibre hémodynamique
- Surveillance clinique et paraclinique.

18- Qu'est-ce que le syndrome de Dressler ?

- Fièvre
- Arthralgies
- Épanchement péricardique et épanchement pleural inconstant mais fréquent

19- Quel est le traitement du syndrome de Dressler ?

- Traitement anti-inflammatoire
- Anti-inflammatoire non stéroïdien
 - Par exemple Naproxène Apranax 550, 1 comprimé matin et soir
 - L'évolution est longue avec possibilité de rechutes

158

20- Quels sont les signes cliniques et paracliniques devant faire évoquer un anévrisme ventriculaire ?

- Signes fonctionnels :
 - Embolies systémiques
 - Troubles du rythme ventriculaire
- Cliniquement :
 - Double choc de pointe à la palpation
 - Double foyer auscultatoire à la pointe
- Paraclinique :
 - Électrique :
 - persistance d'un sus-décalage du segment ST 3 semaines après l'IDM (courant de lésion sous-épicaire)
 - Radio de thorax : contour cardiaque déformé
 - L'échographie bidimensionnelle confirme le diagnostic

21- Quelles sont les complications des anévrismes ventriculaires ?

- Troubles du rythme ventriculaire
- Embolies systémiques
- Thrombus adhérent
- Insuffisance cardiaque
- Rupture (risque très faible)

22- Quel est le traitement d'un anévrisme ventriculaire ?

- S'il n'est pas compliqué, on peut proposer un traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion limitant le remodelage ventriculaire et avec une anticoagulation efficace
- En cas de complication, on peut proposer une résection de l'anévrisme après angiographie ventriculaire gauche et coronarographie.

159

N°197-DOULEUR THORACIQUE AIGUË ET CHRONIQUE

- 1-Détailler votre interrogatoire en présence d'une douleur thoracique.
- 2-Citer 2 examens complémentaires systématiquement réalisés en cas de douleur thoracique.
- 3-Quels éléments doivent vous faire craindre une pathologie coronaire à l'interrogatoire ?
- 4-Citer 4 urgences à évoquer devant toute douleur thoracique.
- 5-Quelles sont les principales étiologies de douleur thoracique ?
- 6-Qu'est-ce que le syndrome de Tietze ?

1-Détailler votre interrogatoire en présence d'une douleur thoracique.

- Temps fondamental, l'interrogatoire doit être minutieux
- Antécédents pathologiques familiaux et personnels
- Caractérisation de la douleur :
 - Durée de la douleur
 - Siège précis
 - Irradiation ou migration
 - Evolution dans le temps
 - Horaire habituel
- Facteurs aggravants ou apaisants
- Type de DL (brûlure / pesanteur / constriction...)
- Manœuvre la reproduisant
- Intensité (subjectif)
- Signes d'accompagnement :
 - Fièvre / AEG / Palpations / Dyspnée / Hémoptysie / Toux...
- Facteurs de risques cardio-vasculaires :
 - HTA / Diabète / Dyslipidémie / Tabac
- Signes de gravité : Choc / Détresse respiratoire

2-Citer 2 examens complémentaires systématiquement réalisés en cas de douleur thoracique.

- ECG
- Radio pulmonaire

3-Quels éléments doivent vous faire craindre une pathologie coronaire à l'interrogatoire ?

- Terrain :
 - Sexe masculin
 - Age plus de 40 ans
- Facteurs de risques cardio-vasculaires
- Antécédents personnels d'angor ou d'IDM
- Apparition récente, au cours d'un effort
- Oppression thoracique
- Irradiation : 2 bras, mâchoires...
- Signes associés : dyspnée, sueurs...

4-Citer 4 urgences à évoquer devant toute douleur thoracique.

- Péricardite
- IDM
- Embolie pulmonaire
- Dissection aortique

NB : acronyme : PIED.

5-Quelles sont les principales étiologies de douleur thoracique ?

- Causes cardio-vasculaires :
 - IDM
 - Angor
 - Dissection aortique
 - Péricardite
 - Prolapsus mitral
- Causes pleuropulmonaires :
 - EP
 - Epanchement pleural
 - Pneumopathies infectieuses
- Causes œsophagiennes :
 - RGO
 - Spasmes œsophagiens
 - Tumeurs de l'œsophage
- Causes neurologiques :
 - Zona intercostal
 - Tassement vertébral
 - Tumeur maligne
- Douleurs pariétales
 - Syndrome de Tietze
 - DL chondro-costale
 - Chondrodynies
- UGD
- Lithiase vésiculaire et pancréatite aiguë

6-Qu'est-ce que le syndrome de Tietze ?

- Tuméfaction douloureuse chondro-costale
- Etiologie inconnue
- Donne des DL à la face antérieure du thorax
- Guérison spontanée.

N 525-PALPITATIONS

- 1-Qu'appelle-t-on « palpitations » ?
- 2-Que doit-on rechercher cliniquement face à des palpitations ?
- 3-Quel est le moyen paraclinique permettant d'apporter des arguments en faveur d'une atteinte bénigne ou grave, face à une palpitation ?
- 4-Que doit-on rechercher à l'examen précédent ?
- 5-Quelles sont les troubles du rythme qui donnent des palpitations ?
- 6-Comment est le QRS lors de troubles du rythme supra ventriculaire ?
- 7-Est-ce que « QRS élargi » signifie obligatoirement « trouble du rythme ventriculaire » ?
- 8-Quels sont les critères en faveur d'un accès de FA ?
- 9-Comment est le rythme lors d'un flutter auriculaire ?
- 10-Comment s'appelle la maladie qui peut donner de façon alternée des palpitations, et des pertes de connaissances ?
- 11-Quels sont les critères d'un électrocardiogramme intercritique de la maladie de Bouveret ?
- 12-Face à un trouble du rythme étiqueté, quelles sont les deux démarches que doit entreprendre le clinicien ?
- 13-Quels sont les types de troubles du rythme expliquant les palpitations, lors du R.M. ?
- 14-Quelle est la maladie qui, dans un contexte IM, peut donner soit des palpitations, et/ou une endocardite, ou un embole cérébral ?
- 15-Quelle est la première cause de mortalité pré-hospitalière lors d'IDM aigu ?
- 16-Quels sont les troubles du rythme grave lors d'IDM aigu ?

1-Qu'appelle-t-on « palpitations » ?

C'est le fait de sentir les battements de son cœur, de façon incommode.

2-Que doit-on rechercher cliniquement face à des palpitations ?

- Mode de début ?
- Durée ?
- La fin ? (brusque ou progressive)
- Polyurie en fin de crise ?
- Rythme : régulier ou irrégulier ?
- Signes associés : dyspnée, douleur thoracique ?
- Antécédents : cardiaques, endocrinologiques, métaboliques, médicaments ?

3-Quel est le moyen paraclinique permettant d'apporter des arguments en faveur d'une atteinte bénigne ou grave, face à une palpitation ?

- Electrocardiogramme de base.

4-Que doit-on rechercher à l'examen précédent ?

- Rythme sinusal ou non, régulier ou non, QRS fin ou élargi, extrasystole, fréquence cardiaque.

5-Quels sont les troubles du rythme qui donnent des palpitations ?

De type tachycardie :

- Supra ventriculaire, tachycardie sinusale, ESA, flutter, FA
- Tachycardie fonctionnelle (Bouveret)
- Trouble du rythme ventriculaire, ESV, TV, FV

6-Comment est le QRS lors de troubles du rythme supra ventriculaire ?

- QRS fins.

7-Est-ce que « QRS élargi » signifie obligatoirement « trouble du rythme ventriculaire » ?

Non.

QRS élargi possible lors de bloc de branche.

8-Quels sont les critères en faveur d'un accès de FA ?

Rythme rapide, irrégulier, à début brutal, fin progressive, parfois suivi de polyurie.

9-Comment est le rythme lors d'un flutter auriculaire ?

- Régulier, rapide.

10-Comment s'appelle la maladie qui peut donner de façon alternée des palpitations, et des pertes de connaissances ?

- Maladie de l'oreillette.

11-Quels sont les critères d'un électrocardiogramme intercritique de la maladie de Bouveret ?

- Rythme régulier, rapide, QRS fins.

12-Face à un trouble du rythme étiqueté, quelles sont les deux démarches que doit entreprendre le clinicien ?

- 1-Savoir s'il s'agit d'un trouble du rythme bénin (tachycardie sinusale, ESA), ou d'un trouble du rythme grave nécessitant un traitement d'urgence.
- 2-Rechercher la cause de ce trouble du rythme : avec en particulier IDM, RM, trouble thyroïdien, métabolique (K^+ , Ca^{2+}).

13-Quels sont les types de troubles du rythme expliquant les palpitations, lors du R.M. ?

Ce sont les troubles du rythme supra ventriculaire : tachycardie sinusale, ESA, FA, et plus rarement flutter.

14-Quelle est la maladie qui, dans un contexte IM, peut donner soit des palpitations, et/ou une endocardite, ou un embolie cérébrale ?

- Prolapsus valvulaire mitral (Maladie de Barlow).

15-Quelle est la première cause de mortalité pré-hospitalière lors d'IDM aigu ?

- Ce sont les palpitations avec apparition d'un trouble du rythme grave non traité.

16-Quels sont les troubles du rythme grave lors d'IDM aigu ?

- ESV polymorphes, répétitifs, phénomènes R/T
- TV : tachycardie ventriculaire, ou FV (fibrillation ventriculaire).

TRAITEMENT ANTI-ARYTHMIQUE (AA)

- 1- Quel est le mécanisme d'action d'un traitement A.A. ?
- 2- Quelles sont les différentes classes d'A.A. ?
- 3- Rappeler les propriétés électriques des cellules cardiaques.
- 4- Quels sont les A.A. de classe I ?
- 5- Citer 3 A.A. de classe III.
- 6- Citer 3 A.A. de classe IV.
- 7- Citer les classes d'A.A. actifs uniquement sur le myocarde auriculaire et ventriculaire.
- 8- Citer les classes d'A.A. actifs uniquement sur le myocarde ventriculaire.
- 9- Citer les A.A. actifs sur le nœud auriculoventriculaire.
- 10- Citer les A.A. actifs sur le myocarde auriculaire et ventriculaire et sur le nœud auriculoventriculaire.
- 11- Quelles sont les propriétés des A.A. de classe Ia ?
- 12- Quelles sont les propriétés des A.A. de classe Ib ?
- 13- Quelles sont les propriétés des A.A. de classe Ic ?
- 14- Quelles sont les propriétés des A.A. de classe III ?
- 15- Quelles sont les propriétés des A.A. de classe IV ?
- 16- Quels sont les traitements antiarythmiques qui allongent l'intervalle QT ?
- 17- Quel en est le risque ? Quelles sont les autres causes d'allongements du QT ?
- 18- Quelles sont les indications des A.A. de type Ia et Ic ?
- 19- Quels sont les principaux effets secondaires à redouter en cas d'emploi de quinidiniques ?
- 20- Quelles sont les contre-indications à l'utilisation des quinidiniques ?
- 21- Quelle est la propriété particulière du rythmodan et ses conséquences ?
- 22- Quelles sont les modalités de mise en route d'un traitement par quinidine ?
- 23- Quelles sont les modifications ECG imposant l'arrêt d'un traitement quinidinique ?
- 24- Quelle surveillance d'un traitement par quinidiniques instaurez-vous ?
- 25- Quelle est l'indication de choix des A.A. de classe Ib ?
- 26- Quelles sont les indications des A.A. de la cordarone ?
- 27- Quels sont les principaux effets secondaires de la cordarone (classe III) ?
- 28- La survenue d'une hypothyroïdie sous cordarone impose-t-elle l'arrêt du traitement ?
- 29- Quelles sont les contre-indications d'un traitement par cordarone ?
- 30- Quelles sont les modalités de mise en route d'un traitement par cordarone ?
- 31- Quelle est la surveillance d'un patient sous traitement par cordarone ?
- 32- Quel est le risque de tout traitement A.A. ?
- 33- Quels sont les A.A. interférant avec les AVK (coumariniques) ?
- 34- Quels sont les A.A. augmentant les taux plasmatiques de digoxine ?
- 35- Quelles sont les règles générales de prescription d'un traitement A.A. ?
- 36- Quel est l'A.A. de choix en cas de signes d'hyperactivité sympathique ?

166

- 1- Quel est l'A.A. de choix en cas de rA paroxystique vagale ?
- 2- Quel A.A. choisir en cas de trouble du rythme survenant chez un patient coronarien ?
- 3- Quel est le principal inconvénient du traitement A.A. au long cours par cordarone ?
- 4- Quel est le risque lié à l'utilisation de cordarone à la phase aiguë d'une ACFA ?
- 5- Quels sont les avantages d'un traitement par cordarone ?
- 6- Quel traitement AA prescrire dans le cadre d'un syndrome de Wolff-Parkinson-White ?
- 7- Quels sont les principes de surveillance d'un traitement A.A. ?
- 8- Quelles sont les associations d'A.A. contre-indiquées ?
- 9- Quelle est la classe d'A.A. à proscrire dans le post-IDM ?

167

1- Quel est le mécanisme d'action d'un traitement A.A. ?

- Modifications des propriétés électriques des cellules cardiaques par action sur les courants ioniques transmembranaires
- Conséquence : dépression de l'automatisme, de la conduction, de l'excitabilité des fibres myocardiques et/ou du tissu nodal

2- Quelles sont les différentes classes d'A.A. ?

Classification de Vaughan Williams, reposant sur l'action cellulaire des AA

- Classe I : Inhibiteurs des canaux sodiques = effet stabilisant de membrane
- Classe II : Bêta-Bloquants (effet indirect végétatif)
- Classe III : Inhibiteur des pompes potassiques = allongement du potentiel d'action
- Classe IV : Inhibiteurs des canaux calciques

3- Rappeler les propriétés électriques des cellules cardiaques.

- Contractilité = effet Inotrope (I)
- Excitabilité = effet Batmotrope (B)
- Conduction = effet Dromotrope (D)
- Fréquence = effet Chronotrope (C)

4- Quels sont les A.A. de classe I ?

Classe Ia :

- Quinidine (Cardioquine ; Longacor)
- Quinidine like (Rythmodan ou Disopyramide ; Serecor ou Hydroquinine)

Classe Ib :

- Lidocaïne, Xylocaïne, Xylocard
- Mexilétine Mextil
- Diphénylhydantoïne Dihydan, Dilantin Lidocaïne like

Classe Ic :

- Flécainide Flécaïne
- Cibenzaline Cýralan

Citer 3 A.A. de classe III.

- Brétylate (Brétylium)
- Amidarone (Cordarone)
- Bêta-Bloquant Sotalol (Sotalex)

Citer 3 A.A. de classe IV.

- Isoptine (Verapamil)
- Diltrazem (Tildiem)
- Bepridil (Cordium)

7- Citer les classes d'A.A. actifs uniquement sur le myocarde auriculaire et ventriculaire.

I_A ET I_C

8- Citer les classes d'A.A. actifs uniquement sur le myocarde ventriculaire.

I_B

9- Citer les A.A. actifs sur le nœud auriculoventriculaire.

- AA de classe II, IV
- Digitaliques
- Striadyne
- Mais aussi : manœuvres vagales

10- Citer les A.A. actifs sur le myocarde auriculaire et ventriculaire et sur le nœud auriculoventriculaire.

- AA de classe III
Rythmol (Ic)

11- Quelles sont les propriétés des A.A. de classe Ia ?

- Effet Inotrope +
- Action auriculaire et ventriculaire
- Aspect ECG d'un patient sous AA classe Ia :
 - Allongement du QT
 - Elargissement du QRS
 - Aplatissement des ondes T +/- sous décalage du segment ST

12- Quelles sont les propriétés des A.A. de classe Ib ?

- Pas d'effet inotrope positif
- Action uniquement ventriculaire
- Aspect ECG inchangé

13- Quelles sont les propriétés des A.A. de classe Ic ?

- Effet inotrope négatif
- Action auriculaire et ventriculaire
- Aspect ECG d'un patient sous AA de classe Ic
 - Elargissement du QRS

14- Quelles sont les propriétés des A.A. de classe III ?

- Pas d'effet inotrope ; effet chronotrope négatif
- Action à la fois auriculaire et ventriculaire et sur le nœud auriculoventriculaire
- Aspect ECG d'un patient sous AA de classe III :
 - Allongement du QT
 - Allongement de l'intervalle PR
 - Aplatissement de l'onde T
 - Possible apparition d'une onde U

15- Quelles sont les propriétés des A.A. de classe IV ?

- Celles des autres inhibiteurs calciques (QS)
- Tildiem : effet Chronotrope négatif
- Cordium : allongement du QT

16- Quels sont les traitements antiarythmiques qui allongent l'intervalle QT ?

- AA classe Ia ; III ; Cordium (IV) ; Cipralan (Ic)

17- Quel en est le risque ? Quelles sont les autres causes d'allongements du QT ?

- Torsades de pointe ++
- Risque accru par toute anomalie responsable d'un allongement de l'intervalle QT :
 - Syndrome du QT long congénital (= syndrome de Jewel et Lange Nielsen)
 - Médicaments dérivés du chlorpromazine
 - Erythromycine par voie IV
 - Halofantrine (Haifan)
 - Sultopride (Barnéttil)
 - Astérmizole (Hismanal)
 - Terfénadine (Teldane)
 - Cisapride (Prépulsid)

18- Quelles sont les indications des A.A. de type Ia et Ic ?

- A visée préventive des récidives de FA ; de flutter auriculaire ; de tachycardie supraventriculaire paroxystique ; de tachysystolie auriculaire (après retour en rythme sinusal)
- A visée thérapeutique et préventive si ESA ou ESV
- En l'absence de CI

19- Quels sont les principaux effets secondaires à redouter en cas d'emploi de quinidiniques ?

- Imposant l'arrêt du traitement ++
- Idiosyncrasie (1 à 2 % cas) :
 - ⇒ Hypotension artérielle
 - ⇒ Fièvre
 - ⇒ Purpura thrombopénique et crise d'asthme
 - ⇒ Anémie hémolytique
 - ⇒ QTC $\geq 0,44$ sec (ou QRS ≥ 25 %)
- Effets proarythmogènes :
 - ⇒ ESV nombreuses et polymorphes
 - ⇒ TV, FV
- Imposant une réduction posologique :
 - Vertiges, acouphènes, hypoacousie, photophobie, diplopie
 - Troubles digestifs : nausées, vomissements diarrhée

20- Quelles sont les contre-indications à l'utilisation des quinidiniques ?

- Cardio-vasculaires :
 - Insuffisance cardiaque
 - BAV ; BB ; Déficience sinusale
 - Existence de facteurs de risque de torsade de pointe (médicaments qui allongent le QT/QS ; hypokaliémies...)
- Myasthénie
- Effet idiosyncrasique

21- Quelle est la propriété particulière du rythmodan et ses conséquences ?

- Effet anticholinergique
- D'où :
 - Effets secondaires atropiniques
 - CI en cas de GAAP ; adénome ou obstacle urétrorprostatique

22-Quelles sont les modalités de mise en route d'un traitement par quinidine ?

- En milieu hospitalier de préférence (cardiologie)
- Après avoir éliminé les CI et précautions d'usage
- Administration d'une gélule test après ECG de référence
- Refaire examen clinique et ECG 2 à 4 h après la prise
- En l'absence d'effet idiosyncrasique : administration d'une forme retard (type Sérécor) et examen clinique puis ECG 24 à 48 h après

23-Quelles sont les modifications ECG imposant l'arrêt d'un traitement quinidine ?

- Allongement du PR ($> 0,24$ sec)
- Elargissement du QRS ($> 25\%$)
- Allongement du QTc ($> 0,04$ sec)
- ESV nombreuses et polymorphes, TV, FV, torsades de pointes, BAV, BB

24-Quelle surveillance d'un traitement par quinidines instaurez-vous ?

- Clinique (effets secondaires)
- ECG et ECG Holter des 24 h
- Ionogramme sanguin (surtout kaliémie) tous les mois
- Créatinémie (tous les mois)
- NFS plaquettes tous les 6 mois
- Dosage plasmatique si signes de surdosage ou sous dosage

25-Quelle est l'indication de choix des A.A. de classe Ib ?

- Prévention et traitement des troubles du rythme ventriculaire (surtout à la phase aiguë de l'IDM)

26-Quelles sont les indications des A.A. de la cordarone ?

- Troubles du rythme graves ventriculaires, jonctionnels ou auriculaires
- Syndrome de Wolff Parkinson White
- Angor associé à des troubles du rythme ou insuffisance cardiaque associée à des troubles du rythme (car absence d'effet inotrope)

27-Quels sont les principaux effets secondaires de la cordarone (classe III) ?

- Constant : dépôts cornéens réversibles +/- halos colorés
- Imposant l'arrêt du traitement :
 - hyperthyroïdie (3 à 12 % des cas)
 - photosensibilisation, hyperpigmentation

172

- Fibrose pulmonaire (dose dépendante, régression lente à l'arrêt du traitement)
- Neuropathies périphériques
- Hépatite aiguë mixte et hypothyroïdie
- Modification ECG
- Veinite si IV périphérique (-> pose d'un KTC)

28-La survenue d'une hypothyroïdie sous cordarone impose-t-elle l'arrêt du traitement ?

- Non, c'est un effet secondaire possible de la cordarone (9% des cas)
- On peut poursuivre le traitement par Cordarone et introduire une hormonothérapie substitutive (Levothyrox par exemple)

29-Quelles sont les contre-indications d'un traitement par cordarone ?

- Cardio-vasculaires :
 - BAV II ou III non appareillé
 - Dysfonction sinusale
- Dysthyroïdies, allergie à l'iode
- Grossesse et allaitement
- Association à d'autres médicaments qui allongent l'intervalle QT

30-Quelles sont les modalités de mise en route d'un traitement par cordarone ?

- Après avoir éliminé les CI et précautions d'usage
- Bilan thyroïdien (dosage de la TSH US) normal ++
- Radio pulmonaire de référence avant début du traitement
- Bilan hépatique

31-Quelle est la surveillance d'un patient sous traitement par cordarone ?

- Clinique (surtout cardio-vasculaire, oculaire, cutanée, hépatique et pulmonaire)
- Dosage de la TSH US tous les 6 mois, bilan hépatique tous les 6 mois
- RP (F + P) tous les ans
- ECG et Holter ECG des 24 h

32-Quel est le risque de tout traitement A.A. ?

- Arythmie ; aggravation du trouble du rythme (dans 5 à 10 % des cas) (surtout si voie IV car risque de surdosage = scope ECG indispensable)

173